FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André PRÉVOST

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Michel
Né à Vesoul (Haute-Saône), le 26 Mai 1899.

L'Estomac des Biliaires à la Radioscopie

Président : M. CARNOT, *Professeur*

Imprimerie des Facultés
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,
PARIS (VI^e^ Arr^t^)
—
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	N...
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT CHAUFFARD ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (H.)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathol. chirurgicale.
MONDOR	Pathol. chirurgicale
MOURE	Pathol. chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie
ROUVIÈRE	Anatomie.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
CAMUS	Physiologie.

MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.
LEREBOULET..	Cliniq méd. infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
LOEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

À MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur Felix RAMOND

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GILBERT, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur MOUCHET, Chirurgien de l'Hôpital St-Louis.

M. le Docteur F. RAMOND, Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

M. le Docteur LAUNAY, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

M. le Docteur POULARD, Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker et de l'Hôpital des Enfants-Malades.

M. le Professeur J. L. FAURE, Chirurgien de l'Hôpital Broca, Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur LION, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur CATHALA, Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Docteur MENARD, Chef du service d'Electro-Radiologie de l'Hôpital Cochin.

À Monsieur le Docteur DELORT

MÉDECIN-CHEF DU SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

A L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

À Monsieur le Docteur RENAUDEAUX

MÉDECIN-ASSISTANT DU SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

A L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

À Monsieur le Professeur CARNOT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

La clinique a depuis longtemps montré l'importance de la connaissance exacte de l'état des voies biliaires dans la pathologie digestive. Mais la fréquence des cas de dyspepsie cholélithiasique s'est encore plus imposée à l'esprit des médecins depuis les progrès de la chirurgie gastrique et hépatique. Aussi est-on d'accord actuellement pour dire qu'en présence de troubles de la digestion, quels qu'ils soient, il faut penser à l'état de la vésicule.

Ces troubles, rythmés habituellement par le repas, traduisent la souffrance de l'estomac et du duodénum irrités ou bridés par la vésicule calculeuse. Leur allure est celle tantôt d'une dyspepsie simple tantôt d'une lésion pariétale de l'estomac et leur fréquence justifie la constitution d'une entité clinique que l'on désigne par le terme « d'estomac des biliaires » et qui comprend en plus de la lithiase, qui est le cas le plus fréquent, certains autres états vésiculaires voisins d'origine toxique ou infectieuse.

Cet estomac des biliaires souffre de façons diverses :

Douleur vive ou simple pesanteur.

Douleur précoce parfois, voire même gêne de la déglutition.

Douleur tardive le plus souvent.

Cette diversité des symptômes fonctionnels dans leur intensité et leur horaire peut aussi facilement faire penser selon les cas :

à une gastrite hyposthénique,

à une gastrite hypersthénique,

à un syndrome pylorique.

Elle peut ainsi simuler le tableau clinique des affections gastriques autonomes : ulcère ou cancer en particulier.

La clinique peut parfois résoudre le problème diagnostique par la constatation :

1°) de points douloureux précis.

2°) l'existence dans l'histoire du malade de faits caractéristiques :

Crise douloureuse brutale faisant penser à la mobilisation d'un calcul.

Retention biliaire franche.

Mais le plus souvent la question reste entière parce que, ou bien l'examen clinique est insuffisant, ou bien l'interprétation nuancée des signes conduit à l'incertitude. D'où la nécessité d'épreuves complémentaires diverses :

Parmi celles-ci l'étude du chimisme est loin de donner des résultats décisifs. En effet, l'estomac des biliaires

secrète presqu'aussi souvent un suc hyperacide qu'hyporacide.

Au contraire, l'examen radiologique est extrêmement précieux. C'est en effet l'apport des signes radiologiques qui va permettre dans la grande majorité des cas d'affirmer l'origine biliaire des troubles dyspeptiques que présentent les lithiasiques. Mais il faut s'entendre : il ne s'agit pas pour le seul examen radioscopique et dans tous les cas, de trancher la question. Certes il est des images caractéristiques qui emportent la conviction. Mais le plus souvent le rôle de la radioscopie est simplement d'apporter des éléments supplémentaires à ceux déjà fournis par l'étude clinique du malade, la somme seule de ces données permettant de conclure.

D'une manière générale, le Radiodiagnostic de la lithiase biliaire comporte plusieurs procédés.

Mr Colombier dans sa thèse propose :

1° la radiographie de la vésicule qui montrent les calculs quand ceux-ci contiennent des sels de chaux.

2° la recherche à l'écran de l'augmentation de volume de la vésicule.

3° l'étude du tube digestif — estomac et duodenum — dans tous les cas où la vésicule n'est pas visible.

Son maître, Mr Aubourg apprécie de la manière suivante les résultats de ces trois procédés :

« Si l'exploration positive des calculs biliaires est l'exception en radiologie, je pense, au contraire, que les rayons X peuvent donner de précieux renseignements sur le volume de la vésicule, ses connexions et rapports avec le pylore et le duodenum ».

Il faut ajouter qu'on a dans ces dernières années perfectionné les méthodes de radiographie de la vésicule calculeuse et que l'on sait maintenant la rendre visible en faisant prendre au malade des substances opaques s'éliminant par les voies biliaires. Il n'en reste pas moins que ces procédés ne peuvent donner des résultats qu'entre les mains d'un spécialiste. Leur étude n'entre pas dans le cadre de cette thèse qui a pour seul objet les modifications de l'image gastrique, que l'on observe chez les lithiasiques.

Cet examen radioscopique de l'estomac des biliaires a l'avantage d'être relativement facile. Il est à la portée de tout médecin praticien qui a un poste de Rayons X à sa disposition. Et il apporte des signes qui, pour n'être pas caractéristiques comme la présence de calculs sur une radiographie, sont pourtant de grande valeur et surtout de constatation fréquente.

Nous décrirons d'abord la technique d'examen radioscopique que nous avons vu, maintes fois, pratiquer dans le service de notre Maître Monsieur le Docteur Félix Ramond à qui nous devons l'idée de ce travail.

Nous montrerons et discuterons, en suite, les résultats en groupant les faits :

1° Les modifications de forme de l'estomac que nous décrirons sous le nom d'estomac incurvé des biliaires, en rejetant le terme d'estomac oblique qui est insuffisant à exprimer le déplacement et le changement d'orientation de l'organe véritablement rétracté sous le foie.

2° Les gastrospasmes régionaux ;

Estomac incurvé

Cet aspect radioscopique de l'estomac a une très grande valeur diagnostique. Il doit être considéré comme caractéristique de la lithiase. Mais il faut s'entendre et, pour cela, le définir strictement car, nous allons le voir, il existe des images gastriques qui peuvent le simuler et qui n'ont pas sa signification.

L'estomac incurvé des biliaires se présente non seulement comme déplacé en masse vers le foie sous l'influence d'une véritable attraction de la part du petit épiploon, mais encore il se soude en quelque sorte à lui et suit exactement son bord inférieur. Ainsi, d'abord sa direction se rapproche sensiblement de l'horizontale, ensuite il y a dans cet aspect plus qu'une simple obliquité, c'est-à-dire une torsion, une incurvation qui réalise une image gastrique en escargot, en hélice ou en croissant.

Il est pourtant des degrés : on le conçoit si l'on veut bien imaginer le mécanisme de ce déplacement de l'estomac.

Dans un premier temps c'est le pylore qui, attiré et fixé en haut et à droite par des adhérences péri-vésiculaires, entraîne le reste de l'organe et lui impose cette situation presque transversale. Mais plus tard toute la petite courbure participe à la déformation, et quand celle-ci est complète, la petite courbure est solidement amarrée de court à la face inférieure du foie, rétractant l'estomac entièrement.

M. Colombier insistait déjà dans sa thèse — où l'on peut voir une belle photographie d'un estomac incurvé — sur le déplacement du pylore : « normalement, dit-il, le pylore, dans la position verticale, est devant et même un peu à gauche de la colonne vertébrale. Toutes les fois qu'on le voit sous le foie, il y a indication d'examiner la vésicule biliaire ».

M. Ramond insiste lui sur la déformation de toute l'image gastrique déterminée, comme nous l'avons dit, par une rétraction non plus seulement de la région vésiculaire mais encore de tout le petit Epiploon. De cette façon se trouve réalisée une véritable hépato-fixation de l'estomac.

A l'écran, lorsque le malade avale la bouillie barytée on voit se dessiner un estomac dont l'ombre est en écharpe sur la colonne vertébrale. L'image est élargie dans le sens traversal et on la voit décrire dans son ensemble une certaine concavité dirigée en haut et à droite et dont la portion inférieure reste haute et fixée sous le foie. Les contractions apparaissent sur la grande courbure tandis que la petite reste relativement fixe. Il n'est

pas rare d'observer un gros retard à l'évacuation du contenu gastrique qu'explique bien les adhérences bridant le pylore. Il peut même arriver que ces adhérences réalisent une sténose pylorique ou sous-pylorique : dans

ce cas l'évacuation est lente est incomplète et l'on note un certain degré de dilatation de l'autre pylorique et du bas-fond gastrique.

Ces caractères justifient le terme d'estomac incurvé, et cette définition, ainsi comprise, élimine de son cadre les images fréquemment observées d'estomac simplement oblique que l'on ne doit pas considérer comme caractéristiques de la lithiase. Ce sont les estomacs que l'on voit :

1° Dans l'aérocolie où l'organe est dévié à droite repoussé par les bulles gazeuses du côlon.

2° Dans un certain nombre de cas non pathologiques.

En effet :

D'abord pour MM. Enriquez et Carrié cet aspect d'estomac simplement oblique est souvent lié à la fixation du caecum en position basse.

Ensuite pour MM. Ramond et Jacquelin l'estomac est normalement oblique chez les sujets brevilignes à thorax large dont l'angle de Charpy est très ouvert.

La différenciation entre ces estomacs obliques et l'estomac incurvé des biliaires est aisée. Plus difficile, mais rare, est le problème étiologique que pose la réalisation de la même déformation par d'autres causes inflammatoires que la cholecystite, déterminant une identique péritonite plastique. C'est avant tout l'ulcère de la petite courbure ou du pylore : mais — outre l'histoire clinique — le diagnostic est généralement assuré par la constatation d'autres signes radioscopiques tels qu'un spasme de la grande courbure en même temps qu'un point douloureux précis, parfois une niche, sur le bord droit, qui dénoncent l'ulcus.

En conclusion une image incurvée de l'estomac permet d'assigner au syndrome gastrique une origine vésiculaire. Elle en est, pour ainsi dire, caractéristique.

Mais une question se pose : Quelle est la fréquence de cette hépato-fixation de l'estomac ?

Sur ce point les avis sont partagés : M. Ramond nous a appris à considérer l'estomac incurvé comme

Spasme du cardia, déterminant souvent de l'aerogastrie.

Spasme mésogastrique, pouvant aboutir à la biloculation.

Spasme du pylore, tendant à l'effacement de ce segment gastrique.

3° L'Hyperkinésie et l'Atonie.

Mais dans un certain nombre de cas on observe une image gastrique normale ou presque :

Estomac hypertonique

Estomac hypotonique.

Estomac orthotonique.

C'est dans ces cas précisément qu'un autre signe radioscopique devient extrêmement précieux. Ce signe nouveau que le Docteur Ramond recherche systématiquement toutes les fois qu'il soupçonne une dyspepsie cholélithiasique est un réflexe vésiculo-gastrique qui vient modifier l'image de l'estomac quand, au cours même de l'examen on exerce une pression sur la vésicule biliaire.

La constatation de ces signes, outre son importance diagnostique, permet parfois d'expliquer le syndrome gastrique des lithiasiques. Il est, en effet, intéressant de superposer les différents aspects radioscopiques de l'estomac des biliaires, aux réactions cliniques, sans naturellement rien affirmer d'absolu.

La gêne de la déglutition et l'aerogastrie paraissent fonction du cardiospasme. La douleur précoce accompagne les estomacs petits, mesospasmodiques ou simple-

ment hypertoniques tandis que la douleur tardive tient au spasme ou aux adhérences du pylore. La douleur persistante paraît la conséquence de l'hépato-fixation de l'estomac. Quant au réflexe vésiculo-gastrique, il rend compte du caractère transitoire de nombreux phénomènes dyspeptiques des biliaires, allant jusqu'à l'intolérance gastrique passagère de certaines crises.

Technique de l'examen

La technique ne diffère en rien de celle que l'on emploie habituellement pour examiner l'estomac.

Le repas opaque est constitué par du sulfate de baryum crêmeux ou Gelobarine de Bensaude. Il est facile de mêler extemporanément 200 gr. de cette crême à une quantité d'eau suffisante pour atteindre le volume de 300 cc. Le tout peut être édulcoré avec du sirop de gomme, aromatisé avec quelques gouttes d'essence de menthe. Ainsi préparé ce mélange sera accepté sans répugnance par le malade.

L'examen doit porter successivement :

1° *Sur l'estomac vide*, pour rechercher :

La forme et le volume de la poche à air gastrique et des bulles gazeuses intestinales.

La présence ou l'absence de liquide résiduel.

2° *Sur l'estomac, immédiatement après l'ingestion du repas opaque*. pour étudier :

La traversée œsophagienne.

Le mode de remplissage.

Les caractères morphologiques.

La contractilité.

Le fonctionnement gastro-duodénal.

3° *sur l'estomac et l'intestin plusieurs heures après le repas opaque*, pour préciser :

l'évacuation complète

le transit intestinal.

Pratiquement, pour simplifier cette épreuve complexe on peut procéder de la façon suivante :

La veille de l'examen le malade prend un premier paquet de 50 grammes de sulfate de baryum à 17 heures. Il en prend un deuxième à 21 heures. Un troisième paquet sera ingéré, le lendemain matin à 5 heures en même temps qu'un déjeuner léger. Le malade restera ensuite complètement à jeun jusqu'au moment de l'examen qui doit avoir lieu vers 10 heures.

On pourra ainsi apprécier :

1° l'aspect direct de l'estomac après un jeun suffisant.

2° l'étape intestinale franchie par le repas opaque.

3° le remplissage et la situation du cœcum et des côlons.

Cet examen terminé, on fait prendre au malade, sous l'écran, la préparation de Gelobarine qui va permettre l'étude de la morphologie et de la contractilité gastrique.

Une seule séance suffit donc : mais il est bien entendu qu'il faut pour assurer un jugement radioscopique dont la sanction est peut-être une opération chirurgicale s'appuyer sur au moins deux examens pratiqués à intervalle. Lors de chacun de ces examens on prendra un calque pour confronter, au besoin, ces images.

dans la lithiase biliaire a déjà depuis longtemps été mise en évidence par M. Mauban.

Le Spasme mésogastrique

La contraction réflexe de faisceaux musculaires au niveau du corps de l'estomac se rencontre chez 10 o/o environ des lithiasiques. Elle se traduit à l'écran par deux types d'images :

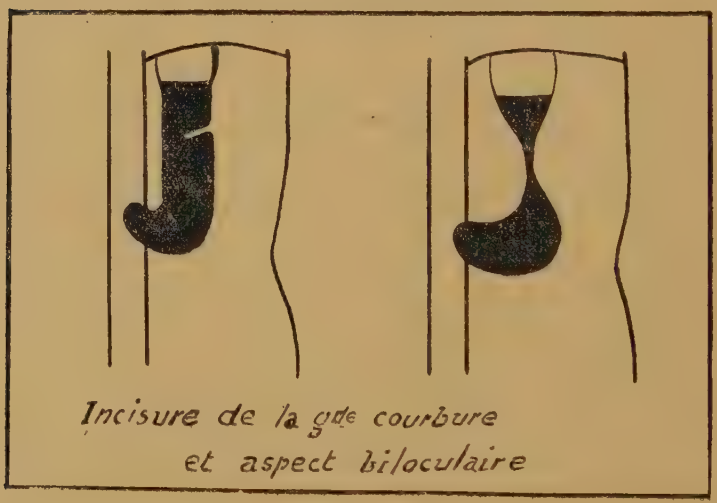
1° Soit une incisure sur un bord et, pour ainsi dire toujours le bord gauche.

2° Soit une véritable biloculation quand les deux courbures de l'organe sont symétriquement déformées.

L'incisure se présente comme une dépression étroite, régulière, plus ou moins profonde et relativement fixe du contour gastrique. Elle siège presque toujours sur la grande courbure où l'on peut la voir en un point quelconque mais le plus souvent vers le tiers moyen où elle paraît être le résultat de la contraction d'un des grands faisceaux obliques. Il est des cas où l'on peut la voir se déplacer pendant qu'on l'observe. Mais en général sa situation et sa profondeur restent fixes au cours d'un même examen. Parfois elle est durable : on peut la retrouver avec les mêmes caractères lors d'un examen ultérieur. Mais son origine spasmodique est toujours évidente du fait de son étroitesse et de sa ré-

gularité à l'emporte-pièce. D'ailleurs, elle cède souvent à l'épreuve de l'atropine.

L'aspect biloculaire est réalisé par un anneau de contraction spasmodique. Il se différencie de l'incisure



Incisure de la grde courbure et aspect biloculaire

simple de la grande courbure par la déformation concomittante de la petite. Le défilé est large ou serré, allongé ou linéaire. MM. Tuffier et Grégoire sont peut-être les premiers à l'avoir observé dans les cas de cholécystite calculeuse.

L'ombre barytée dessine deux poches et elle est continue d'une poche à l'autre : il n'y a pas deux niveaux de liquide. Les contractions que l'on voit se dessiner sur les bords de l'image gastrique passent sans être arrêtées par le rétrécissement. La compression ma-

nuelle fait facilement refluer la baryte de la poche inférieure dans la poche cardiaque.

Cette biloculation a comme grand caractère d'être passagère. A ce titre elle entre dans le cadre des estomacs biloculaires intermittents de Klose.

Elle se différencie des biloculations permanentes, organiques, par le fait qu'elle cède au cours d'une ou de plusieurs des épreuves suivantes :

Changement de position du malade.

Manœuvre de Chilaïditi.

Compression manuelle.

Insufflation de l'estomac.

Injection d'un demi-milligrame d'atropine.

Exceptionnellement, il peut arriver qu'elle résiste à ces différents procédés et à des reprises espacées. Tel le cas que cite MM. Ramond et Jacquelin :

« Il s'agit d'une malade qui, examinée pour la première fois à St-Antoine présentait une belle image de sténose médiogastrique. Revue à plusieurs reprises, après toutes les épreuves habituelles, son état restait le même. Elle fut opérée et probablement sous l'influence de la narcose chloroformique, le spasme avait complètement cessé. Il n'y avait pas d'ulcère gastrique mais la vésicule biliaire renfermait plusieurs calculs ».

Le Spasme du Pylore

Son intérêt vient de ce qu'il donne à l'écran une image qui peut ressembler à celle d'un cancer pylorique.

Le pylore contracté est fermé. Le liquide opaque dessine une ombre gastrique amputée dans sa portion pylorique où elle est arrêtée net comme coupée au couteau. Cette démarcation linéaire de l'ombre est un bon signe de sténose spasmodique. Elle est souvent horizontale et elle peut être surmontée d'une tâche constituée par une première bouchée de baryte qui, par surprise, a gagné le bulbe duodénal. Entre cette pastille duodénale et la ligne d'arrêt de l'ombre gastrique est une large zone claire, mesurant le spasme du canal pylorique. C'est à cette image qu'on donne le nom de « pylore transverse ». On voit, en outre, des contractions gagner la région pylorique : inefficaces elles se perdent sur l'obstacle sans que rien ne passe dans le duodénum. L'expression avec la main refoulant le liquide opaque contre le pylore ne réussit pas mieux.

Cet obstacle au passage duodénal est ordinairement de courte durée. La fermeture peut être plus ou moins longue, mais après un temps elle cède et l'évacuation n'est que retardée.

En général, le spasme persiste pendant tout l'examen debout : il cède au décubitus latéral droit. Ce caractère de sténose transitoire est le meilleur élément de différenciation avec les sténoses organiques où la gêne permanente du passage empêche l'évacuation totale du contenu gastrique. Mais ici encore le spasme peut-être anormalement durable : il faut, dans ce cas, repeter l'examen à intervalles espacés. M. Lüdin y a insisté et nous résumerons, pour conclure, deux de ses observations :

un signe de première importance, mais rare relativement à la fréquence de la lithiase biliaire. M. Lœper pense au contraire que cette image est rencontrée souvent et lui aussi la considère comme caractéristique.

Il ajoute même que « cette attraction de l'estomac par le foie est si spécifique de la lésion vésiculaire qu'elle disparaît souvent quelques semaines après la poussée cholecystique ou après la crise douloureuse.

Nous ne saurions mieux faire pour présenter les faits que de résumer l'observation d'un malade de son service, observation que nous avons prise dans la thèse de M. Lignac :

« Il s'agit d'une femme qui souffre de l'estomac depuis 1900. Les phénomènes douloureux apparaissent quotidiennement, survenant tôt après les repas et prenant le type de pesanteur épigastrique. La malade est habituellement constipée, mais elle a fréquemment de véritables débâcles diarrhéiques.

Ces troubles se sont amendés vers 1907, puis ont disparu complètement pendant quelques années jusqu'en novembre 1914.

A ce moment la dyspepsie reparaît : une 1/2 heure après les repas, tiraillements au creux de l'estomac, puis une pénible sensation de pesanteur qui dure deux heures. Ces malaises se répètent chaque jour. Mais, en plus, en juin 1919, puis en juillet et en août la malade est prise brusquement d'une crise douloureuse très violente à laquelle succède chaque fois du subictère.

Le 1er janvier 1920 survient une quatrième crise qui l'amène à l'hôpital Tenon.

A l'examen, les téguments et les conjonctives sont jaunes, l'épigastre est sensible, la région vésiculaire très douloureuse.

La douleur épigastrique persiste, régulièrement rythmée pour les repas. Une nuit, pendant son hospitalisation, la malade fut prise d'une crise douloureuse brutale comme celles qu'elle a déjà présentées. Le lendemain, l'ictère était net, les urines foncées montraient une réaction de Gmelin positive.

Dans les semaines qui ont suivi, les troubles ont diminué d'intensité et ont, à peu près, disparu.

Deux radiographies ont été pratiquées à un mois et demi d'intervalle :

La première a été au moment de la crise douloureuse que la malade a subie pendant son séjour dans le service. Elle montre un estomac déformé, oblique, attiré sous le foie.

La seconde graphie fut prise peu de temps avant que la malade quitte l'hôpital, au moment où les troubles avaient disparu : elle montre, en opposition avec la première, un estomac à peu près vertical, presque revenu à sa forme normale. Il semble donc bien que dans ce cas l'attraction de l'estomac par le foie ait suivi les variations de la crise cholecystique.

Les Gastrospasmes régionaux

L'estomac des biliaires est fréquemment modifié dans sa forme par des phénomènes spasmodiques qui s'exercent sur un certain groupe de fibres musculaires. Ces spasmes ne sont pas propres à la lithiase biliaire. On peut en effet les observer au cours des affections gastriques autonomes et aussi dans un certain nombre d'affections abdominales extragastriques telles que l'appendicite ou même la lithiase rénale. Aussi notre intention n'est-elle pas de les présenter comme des signes pathognomoniques : ils n'ont que la valeur de symptômes mais cela ne diminue en rien leur prix, car, une fois contrôlés et discutés, ils prennent place parmi les meilleurs renseignements qui permettent le diagnostic de cholelithiase.

Nous étudierons dans ce chapitre les gastrospasmes régionaux. Nous décrirons plus loin l'hyperkinésie, l'agitation péristaltique désordonné de l'estomac qui peut être considéré comme un gastropasme total dont le point de départ est pareillement l'irritation de la vésicule.

Le Spasme du Cardia

Le spasme du cardia est sans doute moins fréquemment rencontré chez les lithiasiques que les spasmes mésogastriques ou pyloriques. Il n'en reste pas moins qu'on le constate — suivant les chiffres de M. Lœper — dans 6 o/o des cas.

C'est un phénomène que l'on observe dès le début de l'examen, au moment où le malade avale sous l'écran la préparation barytée. On voit alors que le cardia, au lieu de laisser passer la bouillie en jet régulièrement rythmé comme normalement, se ferme devant la bouchée descendante. Celle-ci s'arrête sur l'obstacle : il semble même qu'elle s'y heurte puis remonte tandis que l'on distingue l'onde antiperistaltique qui la repousse. Elle redescend bientôt et tente de nouveau le passage. Elle peut ainsi subir plusieurs fois ces alternatives de montée et de descente sur quelques centimètres avant de passer. La contracture dure autant que l'ingestion : elle est même souvent plus marquée pour les dernières bouchées que pour les premières.

En même temps que le spasme du cardia, il est de règle de constater au niveau de la coupole diaphragmatique gauche la bulle claire d'une aerogastrie. L'aerophagie est, en effet, la conséquence du spasme et, plus précisément, on peut dire avec M. Ramond que la persistance anormale de la contracture du cardia explique la plus grande partie des cas d'aerophagie bloquée. C'est dire l'intérêt de ce spasme cardio-œsophagien qui détermine de l'aerogastrie dont l'existence fréquente

1° Un homme de 68 ans présente depuis quelques mois des douleurs épigastriques tardives sans vomissement, sans ictère, sans anorexie. La radioscopie montre un estomac hypertonique. Le canal prépylorique se remplit incomplètement demeurant clair, étroit, sans péristaltisme. Evacuation totale en 6 heures. En somme image d'une infiltration néoplasique segmentaire. A l'intervention on trouva un estomac rigoureusement normal mais une vésicule épaissie renfermant un calcul. La cholecystectomie fut pratiquée et le malade guérit sans incidents.

2° Un homme de 45 ans se met à maigrir et présente un état anémique prononcé. A la Radioscopie la région prépylorique est rétrécie, incomplètement pénétrée par la bouillie opaque. Elle est dépourvue de contractions péristaltiques. Des examens répétés montrèrent des images variables avec contour, opacité, péristaltisme parfois normaux. On pose le diagnostic de spasme régional par cholelithiase. Cependant le malade continuant à maigrir une laparatomie exploratrice fut pratiquée, au cours de laquelle on incisa sur 4 centimètres le canal pylorique. L'estomac était sain, mais l'on reséqua une vésicule biliaire enflammée contenant un calcul solitaire.

Estomac atonique et estomac hypertonique

Il est des cas où l'estomac des lithiasiques apparaît au début de l'examen radioscopique comme sensiblement normal : pourtant il est rare que la suite de l'examen ne mette pas en évidence des troubles nets de sa motricité. Suivant les cas on le voit ou subir un étirement et prendre le type de l'estomac hypotonique, ou au contraire rester petit et présenter des contractions énergiques prenant ainsi le type de l'estomac hypertonique.

Nous décrirons dans ce chapitre les deux aspects extrêmes que l'on peut rencontrer : l'atonie et l'hyperkinésie en insistant sur leurs éléments constants.

L'estomac atonique présente un allongement qui amène son bas fond bien au-dessous de la ligne bisiliaque. L'ingestion de la bouillie opaque dessine cet étirement que l'on voit augmenter sous le poids du liquide absorbé. Le bas-fond dilaté se remplit en cuvette — tandis que le corps de l'organe étroit n'est occupé que par une certaine quantité de liquide résiduel. La poche d'air gastrique est énorme. Dans l'ensemble l'estomac

est abaissé : il en résulte que la hauteur qui sépare le bas-fond gastrique du pylore est considérablement augmentée. Pas de contractions pendant toute la première partie de l'examen : on peut en voir ensuite apparaître qui sont lentes, paresseuses, à peu près inefficaces. Aussi l'évacuation du contenu gastrique est elle très retardée et le plus souvent incomplète encore six heures après l'ingestion.

Pour M. Lœper l'estomac atonique serait fréquemment observé chez les lithiasiques. D'autres auteurs l'ont moins souvent rencontré. Nous pensons, avec M. Ramond que c'est là un aspect plutôt assez rare de l'estomac des biliaires que l'on ne voit que dans les cas où une bride périvésiculaire a réalisé un certain rétrécissement du canal duodéno-pylorique.

Bien plus fréquent est l'estomac hyperkinétique. Cette hyperkinésie réflexe traduit l'irritation de la vésicule et, nous l'avons dit, peut être considérée comme un gastropasme total comparable aux gastropasmes régionaux.

L'image radioscopique de cet estomac est petite. Le niveau de la bouillie opaque s'élève haut. La poche d'air gastrique est minime. Le pylore est situé à la partie la plus déclive au regard de la 3e vertèbre lombaire Les contractions prennent naissance haut sur la petite et la grande courbure. Elles cheminent rapidement vers le pylore en creusant profondément l'ombre gastrique. Dans la région prépylorique les sillons symétriques se rejoignent et segmentent complètement la bouillie opa-

que. Le sillon unique qui en résulte progresse toujours exprime, remanie, déforme puis efface la région pylorique. Mais avant que cette contraction soit effacée, d'autres déjà surviennent découpant l'organe en incisures profondes et rapprochées donnant ainsi une image gastrique « en chapelet », que l'on désigne encore sous le nom de syndrome de Barclay.

Enfin chez quelques malades — tel un consultant que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de M. Ramond — cette excitation de la motricité de l'estomac à point de départ vésiculaire peut aboutir à une agitation peristaltique désordonnée : les contractions sont si énergiques, si rapides qu'elles donnent un aspect véritablement « tentaculaire » à l'ombre gastrique.

Le Reflexe vesiculo-gastrique

Lorsqu'on étudie à l'écran l'image gastrique d'un malade dont les troubles ont cliniquement fait penser à une cholelithiase, on est amené à porter son observation sur la vésicule elle-même. Mais on sait que — sans préparation du moins — il est exceptionnel de la distinguer. Aussi ce que l'on va s'efforcer de mettre en évidence est simplement une réaction douloureuse précise par la compression digitale à son niveau. Or, cette manœuvre, outre la douleur qu'elle détermine, provoque chez la grande majorité des lithiasiques un reflexe vesiculo-gastrique qui se traduit par une déformation immédiate et passagère de l'image de l'estomac.

Ce reflexe vésiculo-gastrique que M. F. Ramond recherche systématiquement chez tous les biliaires qu'il a l'occasion d'examiner radioscopiquement peut être par sa nature rapproché des gastrospasmes. Les modification de l'image de l'estomac qu'il détermine sont faciles à constater : on peut d'ailleurs les provoquer autant de fois qu'on répète la manœuvre. Nous les décrirons en trois groupes :

1° Ascension de l'ombre gastrique.

2° Formation d'une encoche sur la grande courbure.

3° Tendance à l'effacement du pylore.

L'ascension de l'ombre gastrique est un phénomène fréquent. En même temps que l'on exerce une pression sur la région vésiculaire, on voit à l'écran l'image de l'estomac remonter en masse sur quelques centimètres.

Cette excursion que l'on peut, toutes proportions gardées, comparer à celle, plus importante que l'on observe dans le Chilaïditi, dure quelques secondes : l'estomac monte, se fixe et repescend doucement. Cette ascension de l'image gastrique peut être accompagnée d'un des deux autres symptômes que détermine le

réflexe vésiculo-gastrique : encoche du bord gauche ou spasme du pylore. Elle peut aussi se compliquer d'un certain degré d'hyperkinésie passagère.

La formation d'une encoche sur la grande courbure se voit plus fréquemment que le spasme réflexe du pylore. Pendant la manœuvre de compression de la vésicule, le bord gauche de l'estomac se déforme avec une certaine lenteur comme sous l'influence d'une contraction paresseuse. On la voit dessiner un angle rentrant, d'abord de large ouverture, puis plus aïgu à mesure qu'il pénètre plus profondément de son coin clair l'ombre gastrique. Cette encoche peut siéger au tiers supérieur de l'estomac. Parfois elle est basse : sur le bas-fond et même sur l'autre. Mais, en règle, c'est au niveau du tiers moyen qu'on l'observe, et de beaucoup, le plus souvent. Il arrive que la petite courbure participe au réflexe : de cette façon un aspect biloculaire de l'estomac se trouve alors dessiné.

Quant au spasme du pylore, son aspect est typique. Il suit, lui aussi, immédiatement la manœuvre de compression de la vésicule. On voit l'ombre pylorique se remanier par une ondulation de ses bords. Au maximum de la déformation, on observe une image d'amputation complète avec démarcation rectiligne qui traduit bien sa nature spasmodique. Le passage duodénal est arrêté mais pour un temps seulement puisque cette modification de la tonicité du sphincter est réflexe et, par conséquent, transitoire.

Chacun de ces trois aspects du réflexe vésiculo-gastrique peut exister isolé. Mais ils peuvent aussi s'associer. C'est ainsi que l'on observe assez souvent l'ascension gastrique en même temps qu'une encoche du bord gauche, où l'ascension gastrique en même temps qu'un spasme du pylore.

Pris dans son ensemble, le réflexe vésiculo-gastrique est un signe radioscopique très fréquent, par conséquent important de lithiase biliaire : on peut, en effet, le provoquer dans 70 o/o des cas environ. Aussi arrive-t-il qu'il se superpose aux images que nous avons décrites à l'estomac des biliaires dans les précédents chapitres. On peut le voir se développer sur un estomac incurvé. D'autres fois il vient exagérer la biloculation d'un estomac spasmodique. Il peut faire remonter un estomac atonique abaissé. Enfin, il complète parfois un gastrospasme total en augmentant encore l'hyperkinésie.

Nous allons tenter par l'exposé de quelques observations personnelles de montrer la facilité de constatation et la fréquence de ce signe que, pour notre part, nous considérons comme entièrement démonstratif.

OBSERVATIONS

1° Madame R.., 33 ans, malade de la consultation de M. le Dr Ramond, à St-Antoine.

Pas d'antécédent pathologique notable. La malade vient consulter pour des troubles dyspeptiques dont le début remonte à 1910. Il s'agit de douleurs épigastriques survenant après les repas. La malade souffre par crises qui durent plusieurs semaines : ces crises furent d'abord très espacées : une ou deux par an. Elles se sont, par la suite, répétées plus fréquemment. Au cours de l'une d'elles, l'année dernière, la malade a présenté pendant plusieurs jours du subictère très net.

Depuis un mois les troubles dyspeptiques sont quotidiens résistant au régime lacté et au bismuth :

A jeun, regurgitations acides.

Après le repas, douleur épigastrique, parfois précoce le plus souvent tardive. Elle est très vive, sous forme de brûlures. Elle survient aussi souvent après le repas de midi qu'après celui du soir. La nuit elle dure assez pour empêcher tout sommeil avant deux heures du matin. L'appétit est pourtant conservé. Constipation habituelle coupée par des débâcles diarrhéiques.

À l'examen :

La région vésiculaire est très douloureuse.

On observe de plus :

une sensibilité nette de l'épigastre ;

un point douloureux sur le trajet du phrenique droit au niveau de la base du cou.

La respiration est diminuée à la base droite.

La Radioscopie montre :

à jeun un transit normal, pas de résidu.

L'ingestion de la bouillie opaque dessine un estomac, attiré sous le foie, incurvé. Le passage duodenal se fait sans aucun retard. La pression sur la vésicule détermine une douleur vive. Le reflexe vésiculogastrique est positif, la grande courbure s'infléchit pour réaliser une encoche large et profonde à sa partie moyenne.

2° M. C., 27 ans, Salle Lorrain, lit n° 21, à Saint-Antoine.

Le malade souffre de l'estomac depuis environ un an. Au début, les troubles survenaient par périodes d'une quinzaine de jours séparées par des rémissions assez longues. Depuis trois mois, ils sont quotidiens.

Actuellement :

A jeun, sensation de lourdeur dans l'hypochondre droit. Céphalée et fatigue.

Immédiatement après le repas, sensation pénible de pesanteur épigastrique. Cette douleur irradie dans l'hypochondre droit. Elle s'accompagne de brûlures sur le trajet de l'œsophage. Elle dure 2 à 3 heures. Renvois gazeux, jamais de vomissements. Ces troubles survien-

nent après les 2 repas, chaque jour. En plus constipation. Perte de l'appétit avec une répugnance élective pour les aliments gras. Amaigrissement de 3 kilogs en six semaines.

A l'examen :

Point douloureux épigastrique.

Vésicule sensible.

Point cervical droit.

Pas de signe respiratoire.

La Radioscopie montre :

1° Un transit rapide ;

2° Un estomac vertical présentant au début de l'examen un spasme médiogastrique qui cède ensuite. Les contractions sont alors énergiques et rapides. La pression sur la vésicule provoque de la douleur. Le réflexe vésiculo-gastrique qui suit cette manœuvre rétablit le spasme médiogastrique qu'on avait vu au début et l'augmente : il en résulte un aspect biloculaire de l'estomac

3° Madame W., 42 ans, entrée le 25 octobre à Saint-Antoine, salle Damaschino, lit n° 2.

La malade souffre de l'estomac depuis plus de vingt ans. De plus, on relève dans son histoire des crises douloureuses brutales généralisées à tout l'abdomen et survenant toujours la nuit, deux ou trois fois par an. Ces crises se terminent habituellement par un vomissement verdâtre.

Actuellement :

A jeun la malade ne se plaint d'aucune douleur. Mais aussitôt après chaque repas apparaît une douleur épi-

gastrique à type de pesanteur, avec des paroxysmes qui irradient vers l'épaule droite. Des renvois gazeux viennent parfois diminuer le malaise. L'appétit à disparu. Amaigrissement et asthénie.

A l'examen :

La manœuvre de Murphy est positive : vésicule douloureuse.

Point douloureux épigastrique.

Pas de points phréniques.

Le murmure vésiculaire est diminué à la base droite.

La Radioscopie montre :

A jeun, un résidu gastrique important, une poche à air considérable, un transit retardé.

L'ingestion de baryte dessine un estomac allongé et ptosé avec une colonne de liquide résiduel. Le bas-fond est distendu, circulaire. Le pylore a, au début, un aspect transverse. Ensuite le passage duodénal se fait normalement, injectant un bulbe régulier.

La vésicule est douloureuse. Le réflexe vésiculo-gastrique est positif : l'estomac remonte très nettement de quatre centimètres au moins tandis qu'une encoche se creuse sur la grande courbure au niveau du corps de l'organe.

4° Madame D..., 62 ans, entrée *le* 13 novembre salle Damaschino, lit n° 3.

Ce malade présente depuis 5 ans des troubles dyspeptiques. Ils se groupent en crises qui durent une quinzaine de jours. Ces crises, séparées autrefois par

des rémissions de un à deux mois, ne laissent actuellement guère de repos à la malade.

A jeun, la douleur est peu marquée.

Mais 2 à trois heures après chaque repas elle devient très vive ; c'est une sensation de brûlure avec des paroxysmes transfixiants. Elle siège dans la partie droite de l'épigastre d'où elle irradie à la base du thorax et à l'épaule droite.

En même temps la malade se plaint de céphalée fréquente et d'éblouissements. Elle a souvent des selles diarrhéiques sans aucun phénomène douloureux.

A l'examen :

Malade fatiguée et amaigrie.

Cicatrice d'appendicectomie.

Point épigastrique.

Point cervical droit.

Manœuvre d'Enriquez en faveur de la vésicule.

Cœur normal.

Tension artérielle : 13-6 1/2.

Urée sanguine : 0 gr. 30.

La Radioscopie montre :

1° Un transit normal. Pas de résidu.

2° L'ingestion de gélobarine déplisse lentement un estomac normal. Contractions un peu lentes. Passage duodénal un peu retardé ; par la suite il se fait régulièrement.

La vésicule biliaire est douloureuse Le réflexe vésiculo-gastrique est très net : ascension de l'ombre de l'estomac qui devient hyperkinétique.

5° Madame A., 37 ans, entrée le 25 septembre salle Damaschino, lit n° 7.

La malade souffre de l'estomac depuis deux ans, par périodes. Ces troubles peu marqués au début sont devenus plus importants depuis six mois. Il s'agit d'une gêne douloureuse epigastrique survenant aussitôt après le repas et se compliquant, 2 heures après de paroxysmes très pénibles que ne calme pas le bicarbonate. Quelques vomissements d'aspect verdâtre accompagnent souvent la douleur.

Actuellement :

A jeun, la malade se plaint d'une pesanteur constante dans l'hypochondre droit, irradiant dans le dos et l'épaule droite.

Après le repas, sensation immédiate de pesanteur et de gonflement épigastrique. Deux heures après, la douleur change de caractères : elle devient plus vive, prenant le type de brûlures ou de crampes. Elle dure jusqu'à 6 heures après le repas de midi, jusqu'à 2 heures du matin après celui du soir.

Elle cède plus rapidement si un vomissement survient. De plus, anorexie complète, vertiges, fatigue.

A l'examen :

Malade amaigrie.

Conjonctives subictériques.

Le bord inférieur du foie est douloureux à la palpation. Il est irrégulier et présente une hypertrophie localisée débordant de deux travers de doigt les fausses côtes dans la région vésiculaire. Cette masse est lisse, de consistance dure, très sensible à la palpation.

La Rate est normale.

Les urines présentent une réaction de Gmelin positive.

La Radioscopie montre :

1° Un léger résidu gastrique.

2° Après ingestion de gélobarine, un estomac ortho-tonique avec des contractions énergiques. Le passage pylorique se fait régulièrement. Le bulbe duodénal est normal. La pression dans la région vésiculaire détermine une vive réaction douloureuse. Le réflexe vésiculo-gastrique est positif ; ascension de l'ombre de l'estomac et spasme du pylore. (Lobe de Riedel et cholecystite).

Pour terminer nous exposerons maintenant une observation rigoureusement négative au point de vue radioscopique. Il arrive, en effet, et nous y avons déjà insisté, que certains lithisiasiques ne présentent à l'écran aucune des modifications gastriques que nous avons décrites. Certes, le fait est rare et il ne diminue en rien la valeur de ce procédé d'examen.

Il signifie simplement que ce serait une erreur de considérer les signes radioscopiques — essentiellement cliniques — comme absolument constants dans tous les cas.

Madame W..., 32 ans, malade de la consultation.

La malade avait 15 ans quand, une nuit, survint sa première crise : douleur déchirante dans l'hypochondre

droit qui dure 4 heures. Le lendemain la malade présentait du subictère des conjonctives.

Pendant quelques années, à intervalles très espacés ces crises se répètent avec les mêmes caractères.

Puis pendant 10 ans, tout disparaît.

La malade se croyait guérie, quand il y a 2 ans, une même crise vient la surprendre.

Depuis elle a présenté par périodes des troubles dyspeptiques caractérisés par une douleur épigastrique à type de crampes, et d'horaire tardif. L'appétit en diminué : il y a du dégoût pour les aliments gras. Ces troubles dyspeptiques s'amendent et disparaissent l'année dernière.

Mais en octobre, nouvelle crise douloureuse. Enfin, il y a 8 jours, la malade est une fois de plus réveillée en pleine nuit par une douleur atroce dans l'hypochondre droit, avec irradiation à l'épaule du même côté. Elle cède à une injection de morpliine.

Actuellement, la malade présente encore un subictère net.

La zone vésiculaire est extrêmement sensible.

Points phréniques.

Point xyphoïdien.

La respiration est diminuée à la base droite.

Il est évident qu'on se trouve en présence d'une lithiasique, qui a présenté de multiples coliques hépatiques.

Or, la radioscopie montre un estomac normal et la pression sur la vésicule qui est douloureuse, ne détermine pas de réflexe vésiculo-gastrique.

CONCLUSIONS

L'estomac des biliaires a une riche symptomatologie radioscopique et il est rare que son image à l'écran ne soit pas modifiée.

1° La péritonite plastique consécutive à l'inflammation de la vésicule calculeuse peut le rétracter sous le foie. Elle lui impose une orientation presque transversale et une forme incurvée. On doit différencier cet aspect des images gastriques simplement obliques. Mais ceci posé, la constatation de cette hépatho-fixation de l'estomac est précieuse car on peut la considérer comme caractéristique de la cholélithiase.

2° Plus souvent l'image de l'estomac du lithiasique est déformée par des spasmes régionaux :

Spasme du cardia s'accompagnant, en règle, d'aérogastrie.

Spasme mésogastrique réalisant généralement une biloculation intermittente.

Spasme du pylore tendant à l'effacement de cet organe.

Ces modifications ont pour caractère essentiel d'être transitoires ; aussi le meilleur moyen de les différencier

des déformations organiques, donc permanentes est-il de répéter l'examen à intervalles espacés. D'autre part, des causes diverses telles que l'appendicite ou même la lithiase rénale peuvent donner lieu aux mêmes spasmes : « l'estomac, a t'on dit, est la sonnette d'alarme des affections abdominales ». Il n'en reste pas moins que les gastrospasmes régionaux sont d'excellents signes d'irritation de la vésicule.

3° L'estomac des biliaires est très souvent modifié dans sa tonicité :

Parfois il réalise le type de l'Atonie.

Plus fréquemment, il est hyperkinétique et dans quelques cas, l'exagération de cet état aboutit à une agitation péristaltique désordonnée se traduisant par une image d'estomac tentaculaire.

4° Dans tous les cas — que l'image gastrique apparaisse modifiée ou qu'elle soit normale — la pression digitale dans la région vésiculaire provoque, outre une réponse douloureuse, un reflexe vésiculo-gastrique. L'aspect de l'ombre de l'estomac se modifie alors immédiatement sous les yeux de l'observateur qui voit se développer une ascension de l'image gastrique, une encoche sur la grande courbure ou un spasme du pylore. Chacun de ces phénomènes peut exister isolé mais ils peuvent aussi s'associer. Leur durée est éphémère, mais on peut les reproduire autant de fois qu'on répète la manœuvre.

Le réflexe vésiculo-gastrique est un signe extrême-

ment fréquent ; on le trouve positif dans 70 o/o au moins des cas de cholélithiase.

Vu : Le Président de Thèse ;
P. CARNOT.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Becière H. — Radiodiagnostic des affections du foie (Th. Paris 1910).

Candelon. — Troubles dyspeptiques de la lithiase biliaire (Th. Paris 1920).

Carnot, Blamoutier, Libert et Friedel. — Les Périviscerites digestives.

Colombier. — Examen radiologique des voies biliaires (Th. Paris 1914).

Cassel. — Des dyspepsies cholélithiasiques (Th. Paris 1919).

Duval Pierre. — Des aspects biloculaires de l'estomac à l'examen radiologique (Archives mal. app. digestif 1919).

Duval et Beclère. — Radiologie de la lithiase biliaire (Arch. mal. app. digestif. Tome XII, n° 6).

Enriquez et Durand. — L'estomac hypertonique (Presse méd. 9 oct. 1910).

Gardère. — Les dilatations gastriques par altération de la tunique musculaire consécutives aux inflammations du péritoine gastrique (Th. Lyon 1911).

Laborderie. — Maladies de l'estomac et Rayons X.

Leven et Barret. — Radioscopie gastrique.

Lignac. — Cholélithiase et radiodiagnostic (Th. Paris 1918.)

Loeper et Forestier. — L'estomac des biliaires (J. méd. français, août 1920).

Ludin. — Régionarer gastrospasmus bei cholelithiasis (Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte-Bâle 18 sept. 1919)

Jaugeas. — Précis de radiodiagnostic.

Maingot. — Radiodiagnostic des calculs biliaires (Th. Paris 1910).

Mathieu. — Sténose pylorique consécutive à la cholécystite calculeuse (Arch. mal. app. digestif 1916).

Mauban. — Fréquenee de l'aérophagie associée à la lithiase biliaire (Arch. mal. app. digestif 1919).

Félix Ramond et Jacquelin. — Manuel de radioscopie duodénale.

Tuffier. — Rétrécissement du pylore d'origine biliaire (J. des praticiens, 1914 n° 19).